

様式第3

被 保 険 者 資 格 喪 失 届

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

下記の者脱退につき、お届けします。

※	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係
受					
理					

税理士国保被保険者番号 (税国番号)	組合員住所 〔ご逝去の場合 相続人住所〕	〒540-0000 大阪府大阪市中央区京橋1-1 TEL (0 6) 6 1 1 1 - 2 2 2 2	証明番号							
組合員氏名 〔ご逝去の場合 相続人氏名〕	国 保 一 郎		組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5							
資格喪失する者の氏名 (本人喪失の場合、本人と家族名も記入)	個人番号 (マイナンバー)12桁	性別	年号	生年月日	続柄 ※コード	脱退(退職) 年 月 日	※喪失 理由	※ 資格喪失 ※ 受付年月日	※ 喪失年月日	資格確認書 回収訂正年月日
国 保 康 子	0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5	1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	4 5 0 2 0 5	妻 ※	0 7 0 3 3 1				
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					

脱退年月日は
生活保護開始日の前日
を記入してください。

資格喪失後の保険給付事故が発生した場合は、責任を持って解決いたします。

令和 年 月 日

※ 事業所が税理士法人の場合
であっても、代表者氏名及び
印鑑は個人名でお願い致し
ます。

事務所 所在地	〒540-0012 大阪 市 中央 区 谷 町 1-5-4
代表者 氏 名	税 国 太 郎
TEL	(0 6) 6 9 4 1 - 3 2 4 3

〔 代表者ご逝去の場合
相続人氏名 〕

資格喪失証明必要の有無 有(自宅)事務所) 無
資格喪失の理由、またはその後加入する予定に☑印を記入してください。

☐ 退 職 (その後は ☐ 国保加入 ☐ 社保加入 ☐ 不明)
☐ 退職以外での国保加入 ☐ 退職以外での社保加入
☐ 国保加入 ☐ 社保加入 ☐ 転 出 ☐ 出 国 ☐ 死 亡
☒ その他() ☐ 異 動

※ 税理士	※ 勤務税理士	※ 従業員	
世帯主	世帯主	世帯主	
家族	家族	家族	
当月	延	当月	延
当月	延	当月	延
当月	延	当月	延
当月	延	当月	延
当月	延	当月	延
当月	延	当月	延

理由に☑を記入ください。

添付書類:資格確認書、高齢受給者証のうち、お持ちのもの全て。
※資格情報のお知らせは、ご提出不要です。

生活保護を受けたとき(勤務税理士・従業員家族の脱退)